**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan *Hemoroid.* Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Hemoroid* dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan evaluasi.

**2.1 Konsep Penyakit**

**2.1.1 Anatomi Fisiologi Rektum dan Anus**

Rektum merupakan lanjutan dari kolon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus sepanjang 12 cm, dimulai dari pertengahan sacrum dan berakhir pada kanalis anus. Rektum terdiri dari dua bagian :

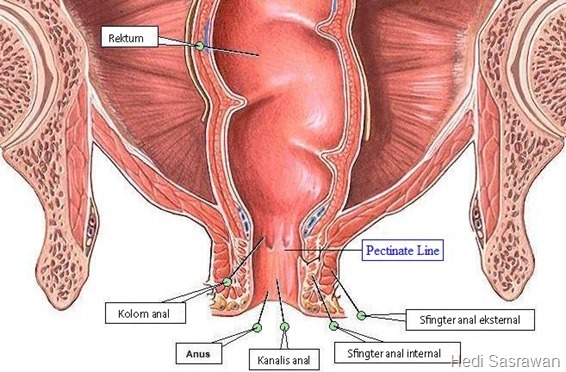
1. Rectum propia : bagian yang melebar disebut ampula rekti. Jika ampula rekti terisi makanan akan timbul hasrat defekasi.
2. Pars analis rekti : sebelah bawah ditutupi oleh serat serat otot polos dan serabut otot lurik. Kedua otot ini berperan pada waktu defekasi tunika mukosa rectum banyak mengandung pembuluh darah. Jaringan mukosa dan jaringan otot membentuk lipatan disebut kolumna rektalis. Bagian bawah kolumna rektalis terdapat prmbuluh darah vena rektalis. Sering terjadi pelebaran atau disebut wasir.

Bagian dari saluran pencernaan dengan dunia luar terletak di dasar pelvis dan dindingnya diperkuat oleh sfingter ani yang terdiri dari :

1. Sfingter ani internus, sebelah dalam bekerja tidak menurut kehendak.
2. Sfingter levator ani, bagian tengah bekerja tidak menurut kehendak.
3. Sfingter ani eksternus, sebelah luar bekerja menurut kehendak.

Defekasi adalah hasil reflex apabila bahan feses masuk kedalam rectum. Dinding rectum akan meregang menimbulkan impuls aferens yang disalurkan melalui pleksus mesenterikus dan menimbulkan gelombang peristaltic pada kolon desendens. Kolon sigmoid mendorong feses ke arah anus. Apabila gelombang perilstatik sampai di anus, sfingter ani internus dihambat dan sfingter ani eksternus melemas sehingga terjadi defekasi.

Reflek ini sangat lemah harus diperkuat dengan reflek lain melalui segmen sakral medulla spinalis, dikembalikan ke kolon desendens, kolon sigmoid, rectum dan anus melalui saraf parasimpatis. Ini memperkuat gelombang perilstatik dan mengubah reflex defekasi dari gelombang lemah menjadi proses defekasi yang kuat. Orang normal dapat mencegah defekasi sampai waktu dan tempat yang sesuai dengan reflek defekasi, hilang beberapa menit dan timbul kembali sampai beberapa jam. Pada bayi baru lahir refleks defekasi berjalan secara otomatis dan mengosongkan usus besar bagiam bawah.

Gambar 2.1 anatomi rectum dan anus

**2.1.2 Pengertian *Hemoroid***

*Hemoroid* adalah penyakit atau gangguan pada anus, yaitu *Sphincter Ani* atau bibir anus,mengalami pembengkakan yang kadang kadang disertai pendarahan (Meita S 2010).

*Hemoroid* adalah suatu pelebaran dari vena – vena di dalam pleksus *hemoroidalis* (Muttaqin & Sari 2011)

* + 1. **Etiologi**

Menurut Meita S (2010) dalam beberapa kasus *hemoroid* disebabkan oleh kesalahan dalam melakukan gerakan pada oalahrga tertentu, misalnya pada olahraga angkat beban atau olahraga pernafasan,terlalu banyak duduk atau berdiri ,faktor keturunan,mengejan terlalu keras saat buang air besar (biasanya akibat konstipasi) dan dapat terjadi juga pada ibu hamil. Namun umumnya, penyebabnya adalah karena mengejan terlalu keras saat buang air besar dan terlalu banyak duduk atau berdiri, juga lebih rawan terjadi pada wanita daripada pria. Itu disebabkan wanita lebih sering mengalami pelebaran pembuluh darah balik atau pembuluh darah vena ( misalnya, saat menstruasi atau hamil ) dibandingkan pria.

Penyebab umum *hemoroid* dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Susah buang air besar (sembelit).

Penyebab susah buang air besar ini adalah kurang minum, kurang makan serat, kurang olahraga, banyak duduk, dan mengangkat barang yang berat – berat.

1. Kegemukan, proses penuaan, diare berkepanjangan, dan anal seks.
2. Penyakit yang sering membuat penderita sering mengejan.

Misalnya, pembesaran prostat jinak ataupun kanker prostat, penyempitan saluran kemih, dan sering melahirkan anak.

1. Penekanan kembali aliran darah vena.

Seperti pada kanker dubur, radang dubur, penyempitan dubur, kenaikan tekanan pembuluh darah porta ( di dalam rongga perut), sakit lever jenis sirosis ( mengerut ), lemah jantung, dan limpa bengkak.

1. Bendungan pada rongga pinggul akibat tumor rahim, atau kehamilan,
2. Keturunan.
3. Konsumsi makanan rendah serat
4. Hipertensi portal.

**2.1.4 Jenis *Hemoroid***

Menurut Meita S ( 2010 ) *hemoroid* dapat dibagi menurut lamanya proses dan letaknya.

1. Lamanya proses

1. *Hemoroid* Akut

Hemoroid pada tahap ini berupa bengkak bulat kebiruan pada pinggir anus. Sering terasa sangat sakit dan gatal.

1. *Hemoroid* Kronis

*Hemoroid* yang terjadi sejak lama.

2. Letak *Hemoroid*

a. *Hemoroid* *internal*

Sekitar 93% - 95% penderita mengalami *hemoroid* ini. Pada *hemoroid* ini, pembuluh darah ditutupi oleh selaput lender yang basah didalam anus. Awalnya tidak terlihat dari luar, tapi kalau membesar bisa menonjol keluar. Gejala umum *hemoroid* *internal* adalah darah keluar kalau buang air besar karena tonjolan *hemoroid* yang menempel di dinding dalam anus tergesek oleh feses yang sulit keluar.

1. *Hemoroid Eksternal*

Sekitar 5 – 7% penderita mengalami *hemoroid eksternal*. Kulitlah yang menutupi pembuluh darah. Karena posisinya di luar anus. Gejala umum tentu berbeda dengan *hemoroid internal*. Keluhannya adalah rasa sakit akibat pembuluh darah yang pecah. Setelah pecah, darah tidak keluar, tapi mengumpul dan menjadi *thrombus*. Adakalanya *hemoroid* pecah, tetapi tetap menonjol dan menjadi bekuan darah.

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan. Nyeri dibagi menjadi dua yaitu :

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan.

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan.

Skala intensitas nyeri :

1 – 3 : nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi.

3 – 6 : nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya.

7 – 9 : nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon terhadap tindakan.

10 : nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak di dukung oleh situasi (videbeck,2008). Tanda dan gejala ansietas adalah cemas, merasa tegang, takut sendirian,gangguan pola tidur,gangguan konsentrasi, dan keluhan keluhan somatic.

**2.1.5 Manifestasi Klinis**

Menurut (Sudoyo Aru,dkk 2009)

1. Timbul rasa gatal dan nyeri
2. Pendarahan merah terang saat defekasi
3. Pembengkakan pada area anus
4. Nekrosis pada area sekitar anus
5. Pendarahan / prolaps

**2.1.6 Tanda Dan Gejala Umum Hemoroid**

Adapun tanda gejalanya adalah ( menurut Meita S 2010) :

*Hemoroid* bisa mengeluarkan darah, terutama setelah buang air besar sehingga feses mengandung darah atau terdapat becak darah di tisu kamar mandi. Darah bisa membuat air di kakus menjadi merah. Akan tetapi, jumlah darah biasanya sedikit dan *hemoroid* jarang menyebabkan anemia.

*Hemoroid* ynag menonjol keluar mungkin harus dimasukkan kembali dengan tangan perlahan lahan atau bisa juga masuk dengan sendirinya. *Hemoroid* dapat membengkak dan nyeri bila permukaaannya terkena gesekan atau jika didalamnya terbentuk pembekuan darah.

Kadang, *hemoroid* bisa mengeluarkan lendir dan menimbulkan perasaan bahwa masih ada isi rektum yang belum dikeluarkan. Gatal pada daerah anus bisa menjadi gejala dari *hemoroid*. Rasa gatal ini terjadi karena keadaan *hemoroid* yang keluar itu menghambat pembersihan anus secara efisien, dapat menyebabkan partikel – partikel kecil dari feses menumpuk pada kulit perianal, dan bekerja sebagai iritan. Iritan ini dapat berpotensi menjadi kanker bila tidak segera ditangani.

* + 1. **Patofisiologi**

Drainase daerah anorektal adalah melalui vena – vena hemoroidales superior dan inferior. Vena hemoridales superior mengembalikan darah ke vena mesenterika inferior dan berjalan submucosa dimulai dari daerah anorektal dan berada dalam bagian yang disebut kolumna Morgagni, berjalan memanjang secara radier sambil mengadakan anostomisis. Ini menjadi varises disebut *hemoroid interna*. Lokasi primer *hemoroid interna* terdapat pada tiga tempat yaitu anterior kanan, posterior kanan dan lateral kiri. *Hemoroid* yang lebih kecil terjadi diantara tempat – tempat tersebut. Vena hemoroidales inferior memulai venular dan pleksus – pleksus kecil di daerah anus dan distal dari garis anorectal. Pleksus itu terbagi menjadi dua dan pleksus inilah yang menjadi varises disebut .*hemoroid ekterna*. *Hemoroid* timbul akibat kongesti vena yang disebabkan gangguan aliran balik dari vena hemoroidales.

* + 1. **Komplikasi**

Komplikasi *hemoroid* menurut ( Meita S 2010)

1. Luka dengan tanda rasa sakit yang hebat sehingga penderita takut mengejan dan takut berak. Oleh karena itu, feses semakin keras dan makin memperberat luka di anus.
2. Infeksi pada daerah luka tadi sampai terjadi nanah dan fistula ( saluran tak normal ) dari selaput lender usus/anus.
3. Pendarahan akibat luka, bahkan sampai terjadi anemia
4. Jepitan, benjolan keluar dari anus dan terjepit oleh otot lingkar dubur sehingga tidak bisa masuk lagi. Tonjolan pun menjadi merah, makin sakit, dan besar. Jika tidak cepat ditangani dapat membusuk.
   * 1. **Pemeriksaan Penunjang**
5. Pemerikasaan laboratorium

Pemeriksaan hitung darah lengkap untuk mendeteksi kadar hematokrit dan adanya anemia.

1. Pemeriksaan colok dubur

Diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan karsinoma rektum. Pada hemoroid interna tidak dapat di raba sebab tekanan vena di dalamnya tidak cukup tinggi dan biasanya tidak nyeri

1. Anoskopi

Anoskopi diperlukan untuk melihat hemoroid interna yang tidak menonjol keluar. Anoskop dimasukan dan diputar untuk mengamati keempat kuadran. Hemoroid interna terlihat sebagai struktur vascular yang menonjol kedalam lumen. Apabila penderita diminta mengedan sedikit, ukuran hemoroid akan membesar dan penonjolan atau prolapse akan lebih nyata.

1. Pemeriksaan proktosigmoidoskopi.

Proktosigmoidoskopi perlu dikerjakan untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh prows radang atau prows keganasan ditingkat yang lebih tinggi, karena hemoroid merupakan keadaan fisiologi saja atau tanda yang menyertai.

* + 1. **Pencegahan**

Menurut Meita S (2010) salah satu penyebab hemoroid aadalah sembelit. Sembelit adalah kelainan pada system perncernaan dimana seorang manusi mengalami pengerasaan fesesyang berlebihan sehingga sulit untuk di buang atau di keluarkan dan dapat menyebabkan kesakitan yang hebat pada penderitanya.

Oleh karena itu, jangan biarkan sembelit menjadi pemicu penyakit yang lebih serius seperti hemoroid atau tumor usus. Untuk mencegahnya, gaya hidup sehat dengan pola makan yang seimbang harus diterapkan.

Berikut adalah beberapa hal yang harus diperhatikan untuk mencegah sembelit :

1. mengonsumsi makanan yang kaya akan serat, sperti buah – buahan dan sayur – sayuran. Serat bekerja menyerap air sehingga feses menjadi lunak dan mudah dikeluarkan.
2. Minumlah air minimal 2 liter sehari. Air sangat membantu proses pencernaan makanan, yaitu melunakan dan melatutkan makanan yang larut dalam air sehingga sari – sari makanan mudah terserap dan feses tidak mengeras.
3. Kurangi kopi atau minuman ringan yang mengandung kafein
4. Jangan menunda buang air besar, biasakan buang air besar setiap hari
5. Jangan duduk terlalu lama sepanjang hari, selingi dengan berjalan jalan.
   * 1. **Penatalaksanaan**
6. Koservatif.

Terapi *hemoroid interna* yang simtomatik harus ditetapkan secara individual. *Hemoroid* adalah kondisi fisiologi dan karenanya tujuan terapi untuk menghilangkan pleksus hemoroidal, tetapi untuk menghilangkan keluhan. Kebanyakan pasien *hemoroid* derajat pertama dan kedua dapat ditolong dengan tindakan local yang sederhana disertai nasihat tentang makan. Makanan sebaiknya terdiri atas makanan berserat tinggi. Makanan ini membuat gumpalan usus besar, namun lunak sehingga mempermudah defekasi dan mengurangi keharusan mengedan secara berlebihan. Supositoria dan salep anus diketahui tidak mempunyai efek yang bermakna kecuali efek anestetik dan astringen.

*Hemoroid internal* yang mengalami prolapse oleh karena edema umumnya dapat dimasukkan kembali secara perlahan disusul dengan istirahat tirah baring dan kompres local untuk mengurangi pembengkakan. Rendam duduk dengan cairan hangat juga dapat meringankan nyeri. Apabila ada penyakit radang usu besar yang mendasari, misalnya penyakit Crohn, terapi medis harus diberikan apabila *hemoroid* menjadi simtomatik

1. Skleroterapi

Skleroterapi adalah penyuntikan larutan kimia yang merangsang, misalnya 5% fenol dalam minyak nabati. Penyuntikan diberikan ke submucosa di dalam jaringan areolar yang longgar di bawah *hemoroid internal* dengan tujuan menimbulkan peradangan steril yang kemudian menjadi fibrotic dan meninggalkan jaringan parut.

1. Ligasi

Pada *hemoroid* besar dan mengalami prolapse dapat ditangani dengan ligase gelang karet. Dengan bantuan anuskop, mukosa diatas *hemoroid* yang menonjol dijepit dan ditarik atau diisap ke dalam tabung ligator khusus. Gelang karet didorong dari ligator dan ditempatkan secara tepat di sekeliling mukosa pleksus hemoroidalis tersebut.

1. Hemoroidektomi

Intervensi ini dilakukan pada pasien dengan keluhan kronis dan dengan stadium III dan IV ( Muttaqin,Arif dan Sari,Kumala 2011).

**2.2. Asuhan Keperawatan**

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan merumuskan tindakan keperawatan (Muttaqin, 2008).

**a. Pengumpulan Data**

Tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Data yang di kumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang perlu di lalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

* + 1. **Identitas Klien**

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

* + 1. **Keluhan Utama**

Lazimnya keluhan utama yang di dapatkan adalah nyeri, pendarahan pada anus, dan merasa ada benjolan sekitar anus ( Muttaqin,Arif dan Sari,Kumala 2011) .

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pada umumnya klien mengeluh perih saat buang air besar, feses yang keluar keras, saat BAB terdapat darah setelah feses keluar, dan rasa panas di sekitar rectum.

* + 1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Perawat menanyakan faktor predisposisi yang berhubungan dengan *hemoroid*, seperti adanya *hemoroid* sebelumnya, riwayat peradangan pada usus, dan riwayat diet rendah serat ( Muttaqin,Arif dan Sari,Kumala 2011).

* + 1. **Riwayat Penyakit Keluarga**

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi dan *hemoroid*.

* + 1. **Riwayat Psikososial**

Pengkajian psikologis akan di dapatkan peningkatan kecemasan, serta perlunya informasi intervensi keperawatan, pengobatan, dan rencana pembedahan ( Muttaqin,Arif dan Sari,Kumala 2011).

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

Setelah melakukan anamnese yang mengarah pada keluhan klien pemeriksaan fisik berguna untuk mendukung data dari pengkajian anmnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara persistem (B1-B6).

1. **Keadaan Umum**

Bisa terlihat sakit ringan, sampai gelisah akibat menahan sakit. TTV biasa normal atau bisa didapatkan perubahan, seperti takikardi, peningkatan pernafasan.

1. Kepala

rambut klien bersih, rambut hitam, bentuk kepala simetris, tidak ada benjolam maupun lesi, tidak ada kelainan lain di kepala.

1. Mata

Bentuk kedua bola mata simetris, kelopak mata simetris, konjungtiva anemis, reflek pupil normal, dibuktikan dengan cara memakai cahaya penlight didekatkan pupil mengecil dan saat cahaya dijauhkan pupil kembali membesar.

1. Telinga

Kedua telinga simetris, telinga bersih tidak ada sekret/kotoran maupun pendarahan,pendengaran pasien baik.

1. Hidung

Bentuk tulang hidung simetris, tidak ada massa dan nyeri di daerah hidung, penciuman pasien normal,

1. Mulut, lidah, gigi

Bibir simetris, warna bibir merah muda, bibir lembab, tidak ada lesi, gigi utuh,tidak ada karies, tidakada pembengkakan atau stomatitis.

Bentuk lidah normal, warna lidah pucat, tidak ada kelainan di lidah. Saat dilakukan palpasi dirongga mulut tidak ada pembengkakan maupun nyeri tekan.

Indra perasa klien normal, dibuktikan dengan cara saat pemeriksa memberikan perasa dank lien menjawab dengan tepat, syaraf kranial hipoglosal klien normal, terbukti saat klien dapat mengeluarkan dan menggerakan lidah.

1. Leher

Bentuk leher normal, tidak ada pembengkakan, tidak ada massa, reflek menelan baik, syaraf kranial asesori baik, dibuktikan pasien dapat menengok kanan dan kiri.

1. Abdomen

Bentuk perut datar, nyeri tekan pada abdomen, bisa terjadi konstipasi,bising usus normal,

1. Genital dan anus

Alat genitalia pasien biasanya kotor,pembesaran pembuluh darah vena pada anus, terdapat benjolan pada anus, nyeri anus, pendarahan.

1. Kulit dan kuku

Kulit tidak ada lesi maupun edema, warna kuku merah muda, turgor kulit normal

**b. Analisa Data**

Analisa data dalah kemempuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam memnentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

**c. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan di tetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnose keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (actual) dan kemungkinan akan terjadi (potensial) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Maupun diagnosa yang muncul adalah Diagnosa Keperawatan( Nanda,2015)

* 1. Nyeri akut berhubungan dengan faktor – faktor fisik,biologis,kimia.
  2. Intoleransi aktifitas
  3. Gangguan rasa nyaman
  4. Resiko syok
  5. Resiko infeksi
  6. Konstipasi berhubungan dengan mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi.
  7. Ansietas berhubungan dengan pembedahan dan rasa malu.
     1. **Perencanaan**

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan klien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian perencanaan suahan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggabarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnose keperawatan. Rencana asuhan keperawatan disusun dengan melibatkan klien secara optimal agar dalam pelaksaan asuhan keperawatan terjalin suatu kerja sama yang saling membantu dalam proses tujuan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Rencana keperawatan dari diaknosa keperawatan diatas adalah:

* 1. Diagnosa keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan faktor – faktor fisik, biologis, atau kimia.

Definisi : sensasi tidak nyaman subjektif yang dihasilkan dari interaksi saraf sensori multiple yang dibangkitkan oleh stimuli fisik, kimia, biologis atau psikologi.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau teradaptasi

Kriteria hasil :

* + 1. Secara subjektif pernyataan nyeri berkurang atau teradaptasi
    2. Skalanya nyeri 0 – 1
    3. TTV dalam batas normal, wajah pasien rileks

Intervensi :

1. Kaji jenis dan tingkat nyeri

R/ tentukan apakah nyeri kronis atau akut

1. Minta pasien untuk menggunakan sebuah skala untuk menjelaskan tingkat nyeri.

R/ untuk memfasilitasi pengkajian yang akurat tentang tingkat nyeri pasien.

1. Ajarkan teknik relaksasi pernafasan dalam saat nyeri muncul

R/ meningkatkan intake oksigen sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari penurunan oksigen local.

1. Kalaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgetik

R/ analgetik diberikan untuk membantu menghambat stimulus nyeri ke pusat nyeri di korteks serebri sehungga nyeri berkurang.

* 1. Diagnosa Keperawatan 2

Intoleransi aktivitas

Definisi : ketidakcukupan energy psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari – hari yang harus atau yang ingin dilakukan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mampu beraktifitas secara normal

Kriteria hasil :

1. Pasien mempertahankan kekuatan otot dan ROM sendi.
2. Pasien melakukan aktivitas dengan tingkat yang dapat ditoleransi.

Intervensi :

1. Posisikan pasien untuk mempertahankan sikap tubuh yang tepat.

R/ untuk mempertahankan fungsi sendi

1. Ubah posisi pasien setiap 2 jam

R/ perubahan posisi dapat membantu mencegah kerusakan kulit dengan mengurangi penekanan.

1. Lakukan latihan ROM (pergerakan sendi) 4 x sehari

R/ latihan ROM dapat mencegah kontraktur sendi dan atrofi otot.

1. Dorong pasien untuk melakukan aktivitas hidup sehari – hari dengan memberikan dukungan emosional.

R/ tindakan tersebut akan meningkatkan harga diri dan motivasi pasien.

* 1. Diagnosa Keperawatan 3

Gangguan rasa nyaman.

Definisi : merasa kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan social.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien mampu mengontrol nyeri dan kecemasan.

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol kecemasan
2. Mampu mengontrol nyeri

Intervensi :

1. Identifikasi tingkat kecemasan
2. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
3. Jelaskan semua prosedur dana pa yang dirasakan selama prosedur.
4. Pahami prespektif pasien terhadap stress.
   1. Diagnosa Keperawatan 4

Resiko syok.

Definisi : beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah kejaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi syok.

Kriteria Hasil :

1. Nadi dalam batas normal
2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan.
3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan.
4. Hasil tes darah lengkap dalam batas normal

Intervensi :

1. Monitor TTV
2. Monitor tanda awal syok
3. Monitor status cairan,input output
4. Monitor nilai laboratorium
5. Monitor tanda inadekuat oksigen jaringan.
   1. Diagnosa Keperawatan 5

Resiko infeksi

Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi

Kriteria Hasil :

* + - 1. Pasien terbebas dari tanda dan gejala infeksi
      2. Leukosit dalam batas normal (4 10^3/Ul – 10 10^3/Ul)
      3. Menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi

Rencana tindakan

1. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan

R/merupakan salah satu tanda – tanda infeksi.

1. Mempertahankan teknik aseptif

R/ untuk menhindari penyebaran pantogen

1. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan

R/ mencegah penularan pantogen

1. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga pasien tentang tanda dan gejala infeksi

R/ agar pasien dan keluarga pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi

1. Berkalaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic

R/ pemberian antibiotic untuk mencegah timbulnya infeksi

* 1. Diagnosa Keperawatan 6

Konstipasi berhubungan dengan mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi

Definisi : penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak.

Tujuan : setalah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pasien BAB lunak.

Kriteria hasil :

1) mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1 – 3 hari.

2) bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi

3) feses lunak dan berbentuk

Intervensi :

1) monitor bising usus

2) monitor feses frekuensi, konsistensi dan volume

3) kalaborasi pemberian laksatif

4) jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien.

* 1. Diagnosa Keperawatan 7

Ansietas berhubungan dengan rencana pembedahan dan rasa malu.

Definisi : perasaan tidak nyaman atau khawatir yang samar disertai respon

aoutonom.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pasien tidak merasa cemas.

Kriteria hasil :

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas
3. Vital sign dalam batas normal

Intervensi :

1. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
2. Identifikasi tingkat kecemasan
3. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
4. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan.
   * 1. **Pelaksanaan**

Tahap ini di lakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah prngelolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap pencanaan.

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang.